

## Article

---

« Services en santé mentale et thérapeutes »

Monique Robitaille

*Santé mentale au Québec*, vol. 1, n° 1, 1976, p. 3-13.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030001ar>

DOI: 10.7202/030001ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)

# SERVICES EN SANTE MENTALE ET THERAPEUTES

*monique  
robitaille*

Le colloque des 13 et 14 février 1976 a été ouvert par le dévoilement des résultats obtenus par la compilation du questionnaire rempli par chacun des participants.

Nous avons, en effet, voulu lancer le débat en donnant un reflet de la situation de la psychiatrie au Québec, telle que vécue par les praticiens et les chefs des départements de psychiatrie.

La grande collaboration des participants nous a permis de brosser un tableau du mode de fonctionnement des équipes de secteur, de leurs réalisations, de leurs difficultés et de leurs projets tant au niveau curatif que préventif.

Ce questionnaire n'a, bien sûr, aucune rigueur scientifique mais peut fournir certains indices quant à la perception qu'ont les travailleurs en santé mentale de leurs services.

Voici donc la "version" des participants:

- 1- Quels ont été les objectifs initiaux lorsque votre équipe en santé mentale a été formée?

TABLEAU 1  
OBJECTIFS INITIAUX

a) Continuité des soins:	23%
b) Types d'intervention:	20%
c) Communautaires:	15%
d) Facteurs extérieurs:	13%
e) Types de population:	7%
f) Pour les travailleurs:	7%
g) Négatifs:	3%

- a) équipes formées en vue d'assurer une meilleure prise en charge de la communauté
- b) équipe (s) désirant intervenir selon un type d'intervention spécifique (famille, crise, etc.)
- c) équipe (s) désirant offrir des interventions de type communautaire e.g. intégration dans le milieu, programme préventif, etc.
- d) équipe (s) ayant été formée lors de la mise sur pied e.g. C.L.S.C., Centre de jour, Unité scolaire, Clinique de quartier
- e) équipe formée pour répondre à une population spécifique (âge, langue, etc.)
- f) équipe formée pour répondre à un besoin spécifique des travailleurs, meilleure distribution des tâches, spécialisation, et aussi pour répondre à des besoins personnels tels "avoir du plaisir et des gratifications"
- g) équipe (s) qui se sont formées en réaction à une superspécialisation du travail, et à la "psychiatisation" du milieu.

2- Comment a évolué votre équipe depuis sa formation?

A-t-elle conservé la même philosophie et les mêmes objectifs?

Si non, dites dans quel sens se sont faits les changements:

## TABLEAU 2

### EVOLUTION

- a) Objectifs initiaux respectés et  
évolution positive: 18%
- b) Changement de professionnels;  
difficultés intra-professionnelles: 15%
- c) Réorganisation des services;  
clinique externe, centre de jour;  
remise en question de sectorisa-  
tion;  
continuité des soins - utopie:  
enseignement et supervision: 8%
- d) Evolution vers une meilleure prise  
en charge de soins cliniques au dé-  
triment des soins préventifs 7%

- a) on sentait ici une satisfaction claire des praticiens qui  
considéraient que l'évolution respectait les objectifs de  
départ
- b) on réfère ici à l'instabilité du personnel, roulement et  
également aux difficultés au niveau de l'équipe multidisciplinaire
- c) la réorganisation des services n'avait pas été prévue com-  
me étant l'évolution à laquelle on s'attendait; on ne  
croyait plus aux objectifs initiaux et on se dirigeait dif-  
féremment
- d) l'évolution des équipes se manifeste par une meilleure prise  
en charge au niveau des soins cliniques et ce au détriment  
du travail préventif ce dernier ayant cependant été un ob-  
jectif de départ

### 3- Quel est le fonctionnement de votre équipe?

A quel genre de réunions assistez-vous?

TABLEAU 3

#### REUNIONS

a) Discussions cliniques:	59%
b) Fonctionnement d'équipe:	25%
c) Réunions administratives:	20%
d) Réunions communautaires:	14%
e) Réunions scientifiques:	11%
f) Consultation auprès d'organismes:	4%
g) Réunions interdisciplinaires:	3%

On peut noter ici le pourcentage de praticiens qui n'ont aucune discussion clinique (41%) ainsi que le pourcentage de ceux qui n'ont aucune réunion administrative (80%)

Que penser alors de la qualité du travail et de l'implication des praticiens au processus décisionnel? Enfin notons que peu de praticiens consacrent du temps de réunion à élaborer des projets au niveau communautaire.

### 4- Quel est le pourcentage hebdomadaire de temps passé en réunion?

## TEMPS PASSE EN REUNION

- de 10%	33%
10 à 15%	17%
15 à 20%	20%
20 à 25%	7%
25 à 30%	7%
30 à 50%	3%
50 à 65%	1%
65 à 90%	1%
90%	1%

Moyenne générale: 17.2%

Commentaires:

- le moins possible;
- très peu;
- minime;
- absence aux réunions administratives.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes.

- 5- Vos tâches sont-elles clairement définies en fonction de votre appartenance professionnelle?

TABLEAU 5  
DESCRIPTIONS DE TACHES

Clairement définies:	45%
Non clairement définies:	35%
Plus ou moins définies:	20%

- 6- Quel est le type de leadership et par qui est-il assumé?

## TYPE DE LEADERSHIP

Démocratique:	32%
Psychiatre:	30%
Partagé: - coordonnateur; infirmière; adjoint.	23%
Officiel et officieux:	5%
Dictatorial:	5%
Infirmière:	3%
Aucun:	2%

On voit que les modèles de leadership sont passablement différents d'une équipe à l'autre.

- 7- Comme professionnel au sein d'une équipe, quel type d'interventions offrez-vous au niveau du travail clinique?

## TABLEAU 7

## INTERVENTIONS CLINIQUES

Thérapie: - individuelle
- conjugale
- familiale
- groupe
- visites à domicile (peu)
- relaxation
- non-verbale
- psychodrame.

Bien que cette question puisse être équivoque, nous avons été

surpris de constater que 5 répondants seulement aient mentionné les visites à domicile.

8- Quelles sont les difficultés majeures rencontrées au niveau du travail clinique et à quoi les attribuez-vous?

TABLEAU 8

DIFFICULTES CLINIQUES

a) Manque de ressources:	40%
b) Organisation psychiatrique comme telle:	30%
- manque d'expérience clinique et de formation;	
- turn over du personnel;	
- problèmes personnels du thérapeute.	
c) Manque de collaboration avec l'extérieur:	23%
d) Chronicité:	15%
e) Préjugés chez les clients et dans la population:	8%

- a) Il est question de budgets, de ressources de placements, d'espace physique, etc.
- b) On veut parler aussi de l'incohérence du réseau psychiatrique, de la dualité d'orientation professionnelle, de la coordination entre les divers services, de l'autorité, etc.
- c) On regrette le manque de collaboration avec les para-professionnels et les professionnels du secteur, (e.g.: omnipraticiens)
- d) On fait état de la lourdeur du travail avec les patients "chroniques", la difficulté de les réintégrer dans la société, dans le monde du travail, les réadmissions, etc.
- e) Ici il est question de préjugés qui ne favorisent pas la réinsertion du malade dans la communauté.



9- Quelles sont les difficultés majeures rencontrées au niveau du travail préventif et à quoi les attribuez-vous?

TABLEAU 9

DIFFICULTES AU NIVEAU DE LA  
PREVENTION

Facteurs extérieurs:

- manque de collaboration:
  - population: 19%
  - organismes: 15%
- intégration et localisation  
dans une structure hospita-  
lière: 6%

Manques de ressources:

- personnel: 6%
- formation: 5%
- temps: 15%
- Absence de recherches: 15%
- Difficulté à déterminer les  
objectifs: 5%
- Difficulté de mesurer l'impact  
des interventions: 5%
- La prévention déborde le cadre  
psychiatrique: 5%

Est-ce que les participants qui imputent les difficultés de la prévention au manque de collaboration de la population et des organismes se sont demandés pourquoi ceux-ci collaborent si peu? Avons-nous trouvé les moyens de les intéresser à la prévention de la maladie mentale? L'absence de temps et de recherches (appropriées?) semblent être aussi des facteurs importants à considérer.

## 10- Etes-vous satisfait de votre travail actuel?

TABLEAU 10

## DEGRE DE SATISFACTION

Oui:	62%
Assez:	6%
Partiellement:	20%

Non:	6%
Impression de piétiner:	4%
N'a pas encore abdi- qué:	1%

On peut noter que 68% des participants sont au "moins assez satisfaits" de leur travail.

## 11- Quels sont vos projets pour les périodes à venir?

TABLEAU 11

## PROJETS

Préventif:

Intervenir auprès des ressources	20%
Connaître davantage les ressources du mi- lieu	19%
Développer la prévention primaire	5%
Dédramatiser le concept de la maladie mentale	3%
Faire des groupes d'enfants et d'adultes	
Prévention au niveau de crise post-partum	
Projet de loisirs	

## PROJETS

Curatif:

Réorientation de thérapies: 13%

- vers une approche corporelle
- hospitalisations à domicile
- groupes à court terme
- thérapie à court terme

Traitement d'adolescents

Formation de foyers

Programme pour patients chroniques 9%

Amélioration de la qualité des soins:

- recherche
- évaluation

Autres:

Rencontre avec d'autres équipes psychiatriques

Consolidation des équipes

Formation en cours d'emploi

Clarification des objectifs

Réorganisation des services:

- département infantile
- département de soins intensifs
- centre de jour

Remise en question de la sectorisation

Création d'un service social médical

Sortir de la psychiatrie

12- Quels sont vos commentaires?

## COMMENTAIRES

- Pas assez de psychiatres.
- Nécessité de se ressourcer.
- Trop d'énergie perdue.
- Difficulté de préciser des objectifs au niveau de l'approche communautaire.
- Dépasser la sectorisation pour faire du vrai communautaire.
- Meilleure planification au niveau de la province.
- Manque de consultation des organismes gouvernementaux auprès des travailleurs en santé mentale dans les régions éloignées des grands centres.
- Problème de la chronicité dans les hôpitaux généraux.
- Philosophie des foyers à repenser.
- Vision actuelle sombre face à l'organisation des loisirs.
- Révision des salaires des infirmiers de secteur.
- Concept de travail multidisciplinaire mal défini.
- Responsabilité médicale appartient au psychiatre, ce qui ne permet pas la responsabilité professionnelle entière de chaque praticien de l'équipe.